



Fallas Administrativas en el Acceso y Atención para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia

Administrative Failures in Access and Care for Voluntary Termination of Pregnancy (VTP) in Colombia

Eliana Andrea Bedoya Higueta

Monografía presentada para optar al título de Especialista en Administración de Servicios de Salud

Asesora

Adriana Rocío Roa Piedrahita, Magíster (MSc) en Administración en Salud

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez
Especialización en Administración de Servicios de Salud
Medellín, Antioquia, Colombia

2024

Cita	Bedoya Higuita (1)
Referencia	(1) Bedoya Higuita EA. Fallas Administrativas en el Acceso y Atención para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia [Trabajo de grado especialización]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2025.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	



Especialización en Administración de Servicios de Salud, Cohorte XXVIII.



Biblioteca Salud Pública

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

A mi madre,
mi todo, mi fuerza, mi faro.
Tu amor infinito y tus enseñanzas
son las raíces que sostienen mis sueños.
Hoy, en este logro, quiero que sientas el orgullo
de saber que lo estoy haciendo bien,
que cada paso dado honra el camino que trazaste para mí.

A Bibi,
quien partió antes de tiempo,
pero dejó un legado eterno.
Este es el fruto de aquel trabajo que tanto anhelabas,
y que hoy culmina con éxito,
como un tributo a la luz que fuiste en esta vida
y sigues siendo en mi corazón.

Ambas viven en mí, en cada logro,
en cada sueño que construyo.

Tabla de contenido

Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
1 Planteamiento del problema	12
2 Justificación	15
3 Objetivos.....	17
3.1 Objetivo general	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 Marco Normativo	18
4.1 Marco Constitucional y Legal	18
5 Marco Conceptual	28
5.1 El aborto como derecho humano	30
5.2 Derechos Sexuales y Reproductivos en salud En Colombia: Ministerio de Salud y Protección social.....	31
5.3 Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014:.....	31
5.4 Prevención del Aborto Inseguro en Colombia Protocolo para el Sector Salud: ...	32
6 Metodología	34
7 Resultados	36
8 Discusión	59
9 Conclusiones	61
10 Recomendaciones	63
11 Bibliografía.....	64

Lista de tablas

Tabla 1 Análisis Cuantitativo de la Sostenibilidad del aborto en los territorios priorizados en Colombia.	39
Tabla 2 Conocimiento y agencia de cada persona	40
Tabla 3 Normas sociales y apoyos comunitarios	43
Tabla 4 Apoyo y liderazgo.....	45
Tabla 5 Políticas y legislación	46
Tabla 6 Financiamiento.....	47
Tabla 7 Insumos.....	49
Tabla 8 Fuerza laboral y prestación de servicios de salud.....	50
Tabla 9 Información sobre salud	53

Glosario

Aborto Seguro: Procedimiento médico para interrumpir un embarazo de manera que se minimicen los riesgos para la salud de la mujer.

Barrera de Acceso: Obstáculos que impiden o dificultan que las personas puedan utilizar servicios de salud de manera oportuna y adecuada. Estas barreras pueden ser de naturaleza económica, geográfica, cultural, administrativa o informativa.

Barreras Administrativas: Obstáculos relacionados con la burocracia y los procedimientos internos de las instituciones de salud que dificultan el acceso a servicios médicos, como la IVE.

Derechos Humanos: Principios fundamentales que protegen la dignidad y libertad de todas las personas, incluyendo el derecho a la salud y a decidir sobre el propio cuerpo.

Derechos Reproductivos: Conjunto de derechos humanos que garantizan a todas las personas la capacidad de tomar decisiones libres e informadas sobre su vida reproductiva. Esto incluye el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva de calidad, a recibir educación sexual integral, a decidir el número y espaciamiento de los hijos, y a estar libres de discriminación, coerción y violencia en todas las cuestiones relacionadas con la reproducción y la sexualidad.

EAPBS (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud): Organizaciones encargadas de administrar los planes de beneficios de salud en Colombia.

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Proceso mediante el cual una mujer decide terminar su embarazo de manera legal y segura.

IPS (Instituciones Prestadoras de Salud): Entidades que ofrecen servicios de salud a la población.

Objeción de Conciencia: Derecho de los profesionales de la salud a negarse a realizar procedimientos que vayan en contra de sus convicciones personales, siempre que no se comprometa la atención médica.

OMS (Organización Mundial de la Salud): Agencia de la ONU especializada en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

Resolución 051 de 2023: Normativa que establece estándares para la atención integral en salud de la IVE en Colombia.

Sentencia C-055 de 2022: Decisión que amplió la despenalización del aborto hasta las 24 semanas de gestación.

Sentencia C-355 de 2006: Fallo de la Corte Constitucional que despenalizó el aborto en Colombia bajo tres causales específicas.

Resumen

El marco normativo colombiano reconoce el aborto seguro, oportuno y legal como un derecho humano. Mediante la Sentencia C-055 de 2022 se despenaliza el aborto hasta la semana 24 de gestación sin ninguna causal, complementando la Sentencia C-355 de 2006, que permite la interrupción voluntaria del embarazo después de la semana 24 bajo tres causales específicas: riesgo para la vida de la madre, malformación del feto y abuso sexual. Sin embargo, las mujeres enfrentan múltiples barreras para ejercer este derecho debido a la falta de información, estigmatización, discriminación, deficiencias administrativas en el sistema de salud y la insuficiente oferta de servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Este informe documenta y analiza las fallas administrativas que dificultan el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, basándose en datos recopilados entre 2019 y 2024. A pesar de las políticas implementadas para garantizar el acceso al aborto, continúan persistiendo desafíos en su aplicación efectiva, como las deficiencias en la capacitación del personal, ineficiente destinación de recursos y la resistencia cultural y social. Además, se resalta la necesidad de mejorar la coordinación entre los actores del sistema de salud y fortalecer el sistema de vigilancia y cumplimiento de las regulaciones existentes.

Este trabajo busca visibilizar estas fallas administrativas y contribuir a mejorar las condiciones para el acceso a este derecho, promoviendo un entorno donde las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos de manera segura y sin discriminación, reduciendo la incidencia de abortos inseguros, una de las principales causas de mortalidad materna en Colombia.

Palabras clave: Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), Barreras de Acceso al aborto, Calidad de Atención en salud, Derechos Humanos, Estigmatización del Aborto.

Abstract

In Colombia, the legal framework recognizes safe, timely, and legal abortion as a human right. The C-055 ruling of 2022 decriminalizes abortion up to the 24th week of gestation without any specific cause, complementing the C-355 ruling of 2006, which allows Voluntary Termination of Pregnancy after the 24th week under three specific circumstances: risk to the mother's life, fetal malformation, and sexual abuse. However, women face multiple barriers to exercising this right due to a lack of information, stigmatization, discrimination, administrative deficiencies in the health system, and insufficient availability of Voluntary Termination of Pregnancy services.

This report documents and analyzes the administrative failures that hinder access to voluntary termination of pregnancy, based on data collected between 2019 and 2024. Despite the policies implemented to ensure access to abortion, challenges persist in their effective application, such as deficiencies in staff training, inefficient allocation of resources, and cultural and social resistance. Additionally, it highlights the need to improve coordination among health system actors and strengthen the system for monitoring and enforcing existing regulations.

This work aims to highlight these administrative failures and contribute to improving conditions for accessing this right, promoting an environment where women can exercise their reproductive rights safely and without discrimination, thereby reducing the incidence of unsafe abortions, one of the leading causes of maternal mortality in Colombia.

Keywords: Voluntary Termination of Pregnancy (VTP), Abortion Access Barriers, Healthcare Quality, Human Rights, Abortion Stigmatization.

Introducción

En Colombia, si bien, se cuenta con un marco normativo donde reconoce y aprueba que el aborto seguro, oportuno y legal es un derecho humano y la Corte Constitucional y jurídicamente lo expresa mediante las Sentencia la Sentencia 055 de 2022 que despenalizó el aborto hasta las 24 semanas de gestación, pero si el embarazo supera estas semanas, continua con vigencia también la sentencia C-355 de 2006 la cual permitirá acceder al aborto cumpliendo alguna de las tres causales que contempla esta sentencia (1).

Las causales a las cuales hace alusión la C-355 son: Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico y cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto (2).

Al igual que otros países del continente, en Colombia el aborto inducido se asocia con una serie de problemas sociales y personales el cual tiene profundas implicaciones médicas, culturales, religiosas, éticas, administrativas, políticas y psicológicas (3). Las mujeres que están dentro de alguna(s) de las causales por las cuales está permitida la IVE, encuentran barreras para ejercer su derecho toda vez que han estado enmarcadas bajo una profunda estigmatización, discriminación y victimización de la mujer. Es decir que las mujeres no gozan de la autonomía para llevar a cabo el mismo, la desinformación respecto a los servicios de salud sexual y salud reproductiva sigue siendo un tabú y un estigma social que rodea los accesos a los servicios de salud (4).

Por lo tanto, la salud pública en cabeza del Ministerio de Salud en Colombia debe garantizar las mejores condiciones de vida para la población y promover el ejercicio libre de los derechos. Adicional es esencial que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPBS) garanticen la implementación la Resolución 051 de 2023 la cual recopiló los estándares reconocidos por la Corte Constitucional para la atención

integral en salud de la IVE, y las normas técnicas para la realización de este procedimiento de forma segura, oportuna y con calidad (4).

Por lo anterior, el enfoque principal de este trabajo es documentar, ilustrar, reconocer y exponer las fallas administrativas existentes para el acceso y atención a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia teniendo en cuenta el marco legal definido por la corte constitucional colombiana, los pronunciamientos del Ministerio de Salud, las mujeres, las EAPBS con personal administrativo y asistencial y la comunidad en general porque al visibilizar estas fallas se contribuye a evitar miles de abortos inseguros por la no accesibilidad oportuna de la IVE y porque la interrupción del embarazo sin asistencia médica es considerada la cuarta causa de mortalidad materna en Colombia (5).

1 Planteamiento del problema

El aborto ha sido una problemática a nivel mundial que afecta a la sociedad en general y en particular a las mujeres, hay dos tipos de aborto: aborto espontáneo, que ocurre de forma imprevista y natural debido a problemas de salud o accidentes, y aborto inducido, como una interrupción voluntaria del embarazo. La IVE se puede definir como la intención libre y voluntaria de impedir el desarrollo del feto y debe realizarse bajo estándares controlados y con las garantías constitucionales de cada país (6).

La Organización Mundial de la Salud considera que el aborto inducido es un problema de salud pública, debido a que existe la opción de realizarse de manera legal bajo estándares seguros o de manera clandestina ocasionando riesgos y peligros para la vida y la salud de las mujeres. Cada año se provocan cerca de 73 millones de abortos en todo el mundo, siendo el aborto peligroso una de las principales causas de morbilidad materna que puede provocar complicaciones físicas y psíquicas y perjuicios sociales y económicos a las mujeres, las comunidades y los sistemas de salud (7).

Cabe señalar que el aborto es la causa con mayor posibilidad de ser intervenida para evitar las muertes maternas, por lo tanto, es vital prevenir los embarazos imprevistos, además de los anticonceptivos, todas las mujeres necesitan tener acceso a los servicios para someterse a abortos en condiciones de seguridad y dentro de los límites de lo previsto por la ley y a una atención después del aborto de calidad (8).

Es importante resaltar que, la disminución de la mortalidad materna está contemplada dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en su apartado número 3 “Salud Y Bienestar”, donde se incluye una ambiciosa meta: «reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacimientos,» sin que ningún país tenga una razón de mortalidad materna que sea superior al doble del promedio mundial, por consiguiente todos los países deben hacer esfuerzos para alcanzar esta meta para 2030 (9).

Ubicados en Colombia con el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna que estructuró el Gobierno de Colombia en septiembre de 2022, se espera cumplir la meta de reducción a 32 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos al año 2026, una meta importante y ambiciosa que puede dar cuenta del compromiso del país frente a esta problemática ya que en el 2022, por cada cien mil nacidos vivos, 46 maternas fallecieron y para el último año, 2023, fue de 44,5 (10).

Si bien, Colombia ha logrado avances significativos hacía la implementación de un aborto seguro, mediante la normatividad implementada desde la sentencia C-355 de 2006 que marcó un hito importante hacia la despenalización del aborto (bajo 3 causales), se reconoció la Interrupción Voluntaria del Embarazo como un derecho fundamental y se garantizó además recibirlo en condiciones seguras; después de esta sentencia el Estado colombiano ha ratificado y fortalecido a través de los años, en varias sentencias subsecuentes y pronunciamientos sobre la IVE, hasta una de las últimas declaraciones con la Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud que estableció todas aquellas reglas que deben seguir los actores del sistema de salud en Colombia para la garantía efectiva de este derecho fundamental (11).

Pese a lo mencionado anteriormente, aún se ve reflejada una carencia hacia la garantía y cumplimiento de dichas declaraciones por parte de todos los entes involucrados en la prestación de este servicio y del mismo Estado, que aseguren los estándares establecidos en la Resolución 051 como lo son: la oportunidad, disponibilidad, accesibilidad, seguridad, integralidad, pertinencia, aceptabilidad centrada en la persona, satisfacción, eficacia, eficiencia y continuidad, que orientan al Sistema de Salud (12).

La Constitución Política mediante la sentencia T-388 de 2009 estableció que todas las EPS e IPS (clínicas y hospitales), independientemente de si son públicas o privadas, laicas o confesionales deben prestar el servicio de IVE, si reciben recursos del Estado y tienen contratos relacionados con la salud de las mujeres gestantes, en donde deben tener suficientes profesionales de la medicina y demás personal idóneo y dispuesto a atender las solicitudes de IVE (Sentencia T-388 de 2009) (5).

A pesar de lo expuesto en esta sentencia, existen múltiples barreras relacionadas con los problemas o las deficiencias presentes en las redes e instituciones de servicios de salud, así como las actitudes y prácticas de los profesionales y prestadores de servicios de salud que representan serios obstáculos para el acceso seguro y oportuno a la IVE (10).

Además de lo anterior, en el País el desconocimiento y aplicación de la norma, la interpretación sesgada y limitada del derecho a la IVE y por consiguiente las fallas administrativas en el acceso y atención para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en las instituciones de salud al momento de garantizar el servicio continúan limitando que una mujer con capacidad gestacional pueda acceder a servicios de aborto seguro y no discriminatorio (7).

En Colombia, la mitad de los embarazos son no planeados, y de estos, el 40% son no deseados según los datos arrojados por la última Encuesta de Demografía y Salud registrada una cifra que se considera alta. Es importante tener en cuenta que las múltiples barreras existentes para el acceso a una IVE pueden conducir a la práctica de abortos clandestinos, inseguros y riesgosos, que ponen en peligro la salud, la vida y los derechos de las mujeres y dejan en evidencia la continuidad de las barreras relacionadas con los errores, problemas y deficiencias en las redes, instituciones de salud y sus profesionales al momento de garantizar el servicio (13).

2 Justificación

Identificar las fallas administrativas que se presentan en el esquema de salud que propicia la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es fundamental para garantizar que el procedimiento se realice en condiciones seguras, oportunas y legales, Este análisis busca destacar las barreras administrativas que impiden el acceso adecuado a la IVE, dar a conocer a los Entes Gubernamentales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPBS), a las mujeres y la comunidad en general las barreras de carácter administrativo que están impidiendo una IVE en condiciones seguras y de calidad, esta identificación permite disminuir estos obstáculos relacionados con los errores, problemas y deficiencias en las redes, instituciones de salud y sus profesionales al momento de garantizar el servicio. Teniendo en cuenta de que ya existe una Ruta integral de atención en salud materno perinatal, que incluye lineamientos claros para el acceso a la IVE. (14).

Servirá de material de apoyo y como recurso informativo para permitir en primera instancia la apropiación de los Entes Gubernamentales para dar cumplimiento dentro del marco legal al derecho al aborto en Colombia, a la Superintendencia Nacional de Salud, las secretarías departamentales, distritales y municipales de la salud, a las IPS y EPS les brindará mayor información para normalizar, permitir y asegurar el acceso y atención efectiva de calidad a las mujeres que lo requieran; además servirá de apoyo a las mujeres para el reconocimiento de sus derechos, discusión pública, y salvaguardar su salud física y mental, teniendo en cuenta que las múltiples barreras existentes para el acceso a una IVE pueden conducir a la práctica de abortos clandestinos, inseguros y riesgosos, que ponen en riesgo la salud, la vida y los derechos de las mujeres. Y en última instancia contribuirá a la comunidad en general brindando mayor marco teórico y conciencia sobre el tema (14).

Por otro lado, podrá influir como soporte informativo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible que en una de sus metas se encuentra el acceso universal a los derechos reproductivos y a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de

planificación de la familia, información, educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Además, ayudará a analizar, comprender y exponer el panorama integral frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia y la necesidad de generar un espacio informativo que permita asegurar un acceso digno, sin estigmas, oportuno y de calidad a las mujeres que lo requieran, salvaguardando sus derechos y salud reproductiva.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Documentar las Fallas administrativas en el acceso y atención para la interrupción voluntaria del embarazo mediante una revisión bibliográfica de los años 2019-2024 en Colombia.

3.2 Objetivos específicos

- Ilustrar de manera integral el contexto político-normativo y administrativo sobre la interrupción voluntaria del embarazo.
- Reconocer los factores desencadenantes frente a las problemáticas administrativas de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia.
- Exponer las dificultades que deben afrontar las mujeres para tener un acceso real a la interrupción voluntaria del embarazo.

4 Marco Normativo

El marco normativo colombiano sobre el aborto ha evolucionado significativamente desde la Sentencia C-355 de 2006, que estableció las bases legales para la IVE en Colombia. A través de una serie de sentencias de la Corte Constitucional, normas técnicas, circulares y resoluciones, se ha buscado garantizar que las mujeres puedan ejercer su derecho a la IVE en condiciones seguras, sin discriminación y amparadas en la ley. Cada documento y sentencia ha contribuido a definir y fortalecer la protección de los derechos sexuales y reproductivos en el país, asegurando que el sistema de salud cumpla con las leyes y normas vigentes (15).

4.1 Marco Constitucional y Legal

El artículo 43 de la Constitución Política de Colombia: estableció la protección de la mujer durante el embarazo y la igualdad de género frente a los derechos de los hombres. *“La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado”*. (1) Aunque no menciona explícitamente el aborto, este artículo sienta bases sobre la protección de la salud reproductiva de las mujeres (16).

Con la expedición del Código Penal Colombiano según la **Ley 599 del 2000**: se definieron los delitos y las penas al respecto en el país, por ello, es importante citar su Artículo 122, *“La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años. A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta prevista en el inciso anterior”* (17)

Más adelante, con la llegada de la Sentencia C-355 de 2006 este artículo se considera exequible ya que se establecen los límites y condiciones bajo los cuales el aborto es legal en Colombia, marcando un cambio significativo en la jurisprudencia colombiana, es así como con ella se despenalizó el delito de aborto bajo tres circunstancias específicas y marcó un hito en la lucha por los derechos de las mujeres en Colombia: *“en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la*

voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas , o de incesto” (17)

Para dar cumplimiento a lo establecido en la C-355 de 2006 se expide el Decreto 4444 De 2006 cuyo objeto fue reglamentar la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos y condiciones establecidas en la Sentencia. Entre otros se menciona que *“es deber del Estado garantizar la provisión de servicios de salud seguros y definir los estándares de calidad que garanticen el acceso oportuno, en todo el territorio nacional y en todos los grados de complejidad, a los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo, en los eventos no constitutivos de delito de aborto, al tenor de lo dispuesto en la Sentencia C-355/06”* manifestando un compromiso de gran envergadura hacia la protección y garantía de este derecho (18).

Este Decreto fijo estándares administrativos relevantes sobre el derecho de las mujeres de acceder a procedimientos de aborto en condiciones seguras y la obligación del Sistema de Seguridad Social en salud de ofrecer y garantizar servicios adecuados para la atención de la IVE como parte integral del derecho a la salud. Este Decreto aborda la obligación de las EPS y las instituciones de salud de proporcionar información completa y accesible sobre la IVE y cumplir con todas las prestaciones y servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) donde se incluye la misma (18).

No sin antes advertir que, estas instituciones deben proporcionar un servicio de alta calidad, implicando que el procedimiento se realice con los estándares médicos adecuados y en un entorno que respete la dignidad y los derechos de la mujer, estableciendo mecanismos de control para garantizar que los servicios se presten de acuerdo con las normativas y estándares vigentes, en donde se proteja a las mujeres que soliciten la interrupción del embarazo con una respuesta adecuada y en un tiempo

oportuno y después de dicho procedimiento puedan recibir la atención continua y completa necesaria para su salud y bienestar (18).

Asimismo, las EPS e IPS deberán garantizar un número adecuado de proveedores habilitados para prestar los servicios de IVE y asegurar el adecuado funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia para las remisiones necesarias de las usuarias. Adicionalmente, se promovió la igualdad de acceso a todos los servicios de salud, incluida la IVE, evitando cualquier forma de discriminación por parte de los prestadores, garantizando que todas las mujeres, sin importar su condición socioeconómica o cualquier otra circunstancia, puedan acceder a este servicio (18).

Del mismo modo, se determinó que las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán garantizar que en la red exista disponibilidad suficiente para garantizar el acceso real y la atención oportuna en IVE en todos los grados de complejidad y que en ningún caso las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, y los Prestadores de Servicios de Salud podrán imponer barreras administrativas que posterguen innecesariamente la prestación de los servicios de que trata el presente Decreto, tales como, autorización de varios médicos, revisión o autorización por auditores, periodos y listas de espera, y demás trámites que puedan representar una carga excesiva para la gestante (19)

El Ministerio de Salud y Protección Social publicó esta norma para estandarizar los procedimientos médicos y garantizar que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se realice de manera segura y conforme a la ley. Aquí se adiciona la Clasificación Única de Procedimientos, los códigos relacionados con estos servicios y se define su aplicación a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, y a los Prestadores de Servicios de Salud, según sea su pertinencia (19)

Lo anterior, determina también un aspecto muy importante ordenando la realización del procedimiento de IVE de manera oportuna, dentro de los cinco (5) días siguientes a su solicitud, asimismo, se establece el reporte de estos procedimientos en el RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud) y la respectiva vigilancia de las complicaciones y morbilidad mediante el SIVIGILA (Sistema de Vigilancia Pública en Salud), y por último, adiciona un artículo importante hacia la formación de los profesionales en salud sobre la prestación de este servicio (19)

A partir del año 2007 se han dictado numerosas sentencias relacionadas con el derecho al aborto, sentencias dadas mediante acciones de tutela interpuesta por distintos actores de la comunidad en general donde se exige el cumplimiento de múltiples derechos relacionados con la salud y vida reproductiva de las mujeres, derechos que han sido vulnerados en mayor proporción por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) al negar a las usuarias el acceso al servicio de IVE, sin embargo, la Corte Constitucional ha sido garante de este derecho fallando a favor de los accionantes y ordenando a las EPS la inmediatez en la realización de dicho procedimiento (5).

Con lo mencionado anteriormente, se llevó a considerar en primera instancia que la salud reproductiva es un Derecho Fundamental, reconociendo la Autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo, protegiendo a las víctimas de violencia sexual o mujeres con alguna condición de discapacidad para no enfrentar ningún tipo de barrera para acceder a la IVE, eliminando aquellos requisitos administrativos adicionales que puedan dilatar la prestación del servicio como denuncias penales, pruebas psicológicas, dictámenes forenses, órdenes judiciales, autorizaciones de personas externas (familia, representante legal, médicos, etc.), además la Corte ha sido enfática en un punto muy importante que es la objeción de conciencia recordando que esta no puede ser invocada para negar el acceso a servicios de salud que son legales (7).

A través de estas sentencias de tutela el marco normativo colombiano ha dado grandes pasos hacia la garantía del derecho a la IVE mediante el establecimiento de precedentes para futuros casos de IVE, el fortalecimiento de la protección a las víctimas de violencia sexual, la ampliación de los derechos reproductivos de las mujeres, la reiteración de la importancia de garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva

para las mujeres en situaciones vulnerables y reafirmando la importancia de velar por el derecho a la salud y la vida reproductiva.

La circular 3 de 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control en salud, proporciona directrices adicionales sobre la implementación de la IVE en Colombia, velando por garantizar el acceso este servicio en cumplimiento de lo expuesto en la Constitución Política de Colombia, los tratados internacionales y las sentencias de la Corte Constitucional (20).

Este escrito, establece las obligaciones de las instituciones prestadoras de salud (IPS), las entidades promotoras de salud (EPS) y las direcciones territoriales de salud, y aborda las prácticas prohibidas que limitan el acceso al aborto legal, exigiendo a los prestadores de servicios de salud y entidades administradoras de planes de beneficios no generar obstáculos o exigir requisitos adicionales para acceder a la IVE, como realizar juntas médicas o exigir consentimiento de los representantes legales de adolescentes menores de 14 años (20)

Simultáneamente, la circular brinda una protección relevante hacia la garantía de acceso a la IVE, ya que en primera instancia la Supersalud es la entidad encargada de la supervisión y control en salud y así mismo de emitir las sanciones necesarias de llegarse a presentar algún incumplimiento en lo publicado en este documento, además unifica los criterios para los prestadores de servicios de salud emitidos en varias sentencias, asegura que se pueda dar cumplimiento de lo expuesto por la ley, garantiza el acceso sin obstáculos ni discriminación y refleja su compromiso con la protección de los derechos en salud y su respaldo de calidad (20)

A partir de la Resolución 5592 de 2015 se actualiza el Plan de Beneficios en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo como un servicio garantizado, ya sea para el régimen contributivo o subsidiado. Dentro de toda la normatividad que hace referencia al tema se destaca en los últimos años la sentencia 096 de 2018, aquella que nace de una demanda presentada por varias organizaciones y personas que cuestionaban la constitucionalidad de algunas disposiciones del Código Penal relacionadas con el aborto. Fue un fallo

importante de la Corte Constitucional que unificó todo el precedente jurisprudencial en IVE y ratificó los estándares para la protección y garantía de este derecho, que son de obligatorio cumplimiento (21)

La sentencia SU-096 de 2018 buscó desestigmatizar el aborto al reforzar que no es un acto punible, promoviendo un enfoque de salud pública más inclusivo y libre de juicios, resaltando la importancia de evitar embarazos no deseados y proteger la salud de las mujeres. Aunque reafirma las tres causales de despenalización, lo hace en un marco más claro y accesible, asegurando que se comprenda que la IVE es una opción viable y segura. Lo allí expuesto por la Corte, representó un avance significativo en la jurisprudencia sobre derechos reproductivos en Colombia, promoviendo un contexto más favorable para el ejercicio de estos derechos (21).

"[...] pasados más de doce años de reconocido el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a pesar de la claridad de las reglas establecidas en la sentencia C-355 de 2006 [...] aún existen todo tipo de trabas y barreras para que las mujeres que solicitan la IVE puedan acceder de manera oportuna y en las condiciones adecuadas, con consecuencias irreversibles o que obligan a que se practique en forma indebida con grave peligro para su salud, teniendo que acudir a la acción de tutela para lograr que se garantice su derecho a la atención debida [...]" y que de acuerdo con lo que señala el mismo tribunal *"[...] la imposición de barreras para este tipo de procedimientos constituye violencia y discriminación contra la mujer [...]"* (21)

En dicha sentencia se ordenó al Ministerio de Salud emitir *"[...] una regulación única en la cual se garantice la interrupción voluntaria del embarazo en los casos despenalizados en la sentencia C-355 de 2006 [...]"*, aplicando *"[...] las reglas extraídas de la jurisprudencia constitucional relacionadas en los numerales 36 al 83 [...]"* del fallo, así como *"[...] los demás aspectos que considere pertinentes para la realización de dicho procedimiento en el sistema de seguridad social en salud, de manera oportuna y segura para la mujer [...]"*, agregando que *"[...] dicha regulación deberá ser puesta en conocimiento de todas la EPS e IPS del país, y deberá contener las sanciones correspondientes frente a su incumplimiento [...]"* (21)

Con todo lo anterior, la sentencia C-055 de 2022 se constituye en un hito importante para los derechos sexuales y reproductivos en el país. La Corte Constitucional despenalizó el aborto hasta la semana 24 de embarazo, estableciendo que las mujeres y todas las personas con capacidad de gestar pueden interrumpir un embarazo sin necesidad de justificación como se expresaba en la sentencia C-355 de 2006 y sin necesidad de incurrir en un delito como lo manifiesta el artículo 122 del código penal del 2000 (21).

En este periodo no será necesario ampararse en ninguna justificación o causal, mientras que, agotadas las 24 semanas de embarazo, la persona gestante si deberá justificar la solicitud de aborto conforme a las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006. Con esta sentencia se posiciona a Colombia como uno de los países más avanzados en materia de despenalización del aborto en el mundo (21).

Dicho lo anterior, la Circular 044 de 2022 proporcionó directrices actualizadas sobre el aborto, dirigidas a los miembros del sistema de salud para asegurar la aplicación efectiva de la Sentencia C-055 de 2022, que despenalizó el aborto hasta la semana 24 de embarazo. La circular brinda instrucciones para fortalecer el acceso efectivo de las mujeres a la atención integral en salud sexual y reproductiva establecida en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno - Perinatal, atendiendo a lo dispuesto por la Corte Constitucional mediante la sentencia C-055 de 2022. Esta circular busca fortalecer el acceso a la información sobre derechos sexuales y reproductivos, así como reducir embarazos no deseados y abortos inseguros, además de promover el acceso a los procedimientos para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en condiciones de calidad y sin demoras (22).

Por último, con la expedición Resolución 051 de 2023 en la cual se adoptó la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en las condiciones previstas por la Corte Constitucional en las Sentencias C-355 de 2006, SU-096 de 2018 y C-055 de 2022 y se modifica el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018 (22).

En esencia, la resolución busca garantizar el acceso a la IVE de manera segura y sin barreras para las mujeres y personas gestantes. Establece que la atención en salud debe ser integral, oportuna y accesible, y que las personas tienen derecho a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. Aquí se reitera lo expuesto en sentencias anteriores brindando reconocimiento y respeto de la decisión de la mujer o persona con capacidad de gestar sobre la continuidad o no del embarazo, el acceso a información oportuna, suficiente y adecuada, el acceso a servicios de salud de calidad, gratuitos y sin barreras independientemente de la condición migratoria o socioeconómica y vela por la protección contra la discriminación (22).

Conjuntamente, brinda una garantía sancionatoria para quienes no cumplan con lo expuesto en la resolución aplicando las sanciones administrativas, disciplinarias o penales a las que haya lugar.() Sin duda alguna esta resolución reitero el compromiso de Colombia hacia la protección de los derechos reproductivos y la salud de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

La normatividad en salud publica plantea una serie de normas como la Política De Atención Integral En Salud: expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 0429 de 2016 con el objetivo de orientar el sistema de salud hacia la generación de mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de las intervenciones de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (22).

Su propósito fue crear integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población en los territorios en que se desarrollan y exigir la interacción coordinada de las entidades territoriales, la gestión de la salud pública, las entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y los prestadores de servicios de salud a través de_Rutas Integrales de Atención en Salud que son el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud (22).

El desarrollo de estas Rutas responde entre otras cosas a 16 grupos de riesgo definidos para el país y a los eventos específicos priorizados por cada agrupación, dentro

de estos grupos se puede evidenciar el correspondiente a la Población en condición materno – perinatal donde se destaca el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, atención integral en salud materno-perinatal, prevención de complicaciones y emergencias obstétricas, acceso a métodos anticonceptivos y educación, consejería en salud reproductiva y todo lo concerniente al acceso a la IVE, dejando en evidencia la garantía de mecanismos y asegurabilidad que este servicio tiene en el sistema de salud de Colombia para toda la población (23)

Por otro lado, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 publicado en 2013 y definido por el Ministerio de Salud y Protección Social del país, aborda una serie de aspectos clave para mejorar la salud sexual y reproductiva, garantizando los derechos y promoviendo la salud integral de la población. La implementación efectiva de este plan buscaba reducir desigualdades en el acceso a servicios de salud, promover la salud integral, y respetar los derechos individuales en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. En el plan fueron participe otras entidades gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG), instituciones académicas y expertos en salud pública, además contó con la socialización y retroalimentación de comunidades locales, profesionales de la salud, y organizaciones de la sociedad civil para mejorar el plan y asegurar que fuera aplicable y efectivo (24).

El abordaje sobre la IVE se enmarcó en varios aspectos como: Promover la mejora en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la IVE, asegurando que las mujeres pudieran acceder a estos servicios de acuerdo con las normas legales, destacando la necesidad de garantizar que el procedimiento se realizara en condiciones seguras y con la debida confidencialidad, fomentar la educación y la sensibilización sobre los derechos reproductivos, incluyendo el derecho a la IVE dentro de los marcos legales. Y enfatizar la importancia de asegurar que la atención relacionada con la IVE, así como con otros aspectos de la salud reproductiva, se proporcionara con altos estándares de calidad, respetando la dignidad y los derechos de las mujeres. En el plan se destaca además la vigilancia de morbilidad materna relacionada con la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y el fortalecimiento de redes y movilización social para la superación de

barreras de acceso a los servicios de atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (24).

Este plan definió 24 metas para la dimensión “Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos”, de las cuales 15 (62.5%) fueron categorizadas como metas de resultado y 9 (37.5%) como metas de gestión. Las 24 metas tienen asociados el mismo número de indicadores. En el año 2020 se realizó un informe de avances de este plan desde el año 2012 al 2019, en cuanto al avance del cumplimiento de metas se observa que el 70.83% (17 metas) se encuentran en un rango de avance "Muy bueno", el 4.17% (1 meta) reporta un avance "Bueno", el 8.33% (2 metas) un avance "En riesgo" y el 16.66% (4 metas) no reportan información o no cuentan con medición cuantitativa (24).

A la fecha se cuenta con el reciente Plan Decenal 2022-2031 donde se refuerza el compromiso de mejorar el acceso a la IVE, especialmente en áreas rurales y para poblaciones vulnerables. El plan enfatiza la importancia de garantizar que las mujeres puedan acceder a estos servicios sin enfrentar barreras geográficas, económicas o sociales, además pone un énfasis adicional en la protección de los derechos sexuales y reproductivos, asegurando que las políticas y prácticas relacionadas con la IVE se alineen con los derechos humanos y de género. Amplía la estrategia de educación y capacitación para profesionales de salud y para el público en general sobre la IVE y los derechos reproductivos, así como mejorar la formación de los proveedores de salud para asegurar que brinden servicios de manera adecuada y respetuosa (24).

También se refuerza el enfoque en la inclusión y la no discriminación, asegurando que todas las mujeres tengan acceso a la IVE sin importar su situación socioeconómica, orientación sexual o ubicación geográfica. Y establece un sistema de monitoreo y evaluación más robusto para revisar el acceso a la IVE y la calidad de los servicios prestados, así como para identificar y abordar cualquier barrera existente en la prestación de estos servicios (24).

5 Marco Conceptual

Haciendo un acercamiento a la terminología utilizada en el presente documento, se aborda el glosario divulgado por La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) entidad de más 70 años de labor proveedora global de servicios de atención médica y destacada defensora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas a nivel mundial. Esta organización hace alusión en su glosario a que el vocabulario de salud sexual y reproductiva no es un instrumento solamente médico y técnico; es también sensible, complejo, político y emotivo que debe utilizarse con comprensión previa y especial cuidado.

Aborto: Terminación del embarazo antes de que el feto sea viable. Esto supone la expulsión prematura desde el útero de los productos de la concepción: feto, membranas fetales y placenta. Esta práctica puede ser espontánea, comúnmente conocida como aborto espontáneo, o inducido, también llamado interrupción voluntaria del embarazo (IVE). La terminología médica y las implicaciones éticas, legales y psicológicas del aborto varían significativamente según el contexto cultural y legal de cada país (25).

Viabilidad fetal: Es la edad gestacional a partir de la cual es posible la vida extrauterina. La OMS define este límite en las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación), o en más de 400 grs. si la edad gestacional es desconocida. Sin embargo, el límite de viabilidad depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente en torno a las 23 semanas de gestación o en 500 gr. de peso al nacer (25).

Aborto inducido: Aborto causado voluntariamente (con frecuencia se usa el aborto quirúrgico o médico para inducir el aborto). Sinónimo: interrupción, terminación del embarazo (25).

Aborto inseguro: Realizado ya sea por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente carente de los estándares médicos mínimos, o ambos (25).

Aborto legal: Aborto inducido permitido por la ley.

Por otro lado, es importante también, mencionar otros conceptos relevantes alojados en la National Library of Medicine (25).

Despenalización: Eliminación del aborto de todas las leyes penales, no aplicación de otros delitos penales (por ejemplo, asesinato, homicidio) al aborto, y garantía de la ausencia de sanciones penales por abortar, ayudar a abortar, proporcionar información sobre el aborto, o practicarlo, para todas las instancias afectadas (25).

Objeción de conciencia o negativa por razones de conciencia: Práctica de los profesionales de la salud que rehúsan prestar atención para el aborto por motivos de conciencia personal o creencias religiosas (25).

Atención integral para el aborto: Suministro de información, gestión del aborto (incluido el aborto provocado y la atención relacionada con la pérdida del embarazo) y atención posterior al aborto (25).

Calidad de la atención: La calidad de la atención engloba seis áreas o dimensiones de la calidad que se requieren con relación a la atención de salud (25).

Eficacia: prestación de una atención de salud que se atiende a una base empírica y produce mejores resultados de salud para las personas y las comunidades, en función de las necesidades (25).

Eficiencia: prestación de una atención de salud que optimiza el uso de los recursos y evita el despilfarro (25).

Accesibilidad: prestación de una atención de salud oportuna, geográficamente accesible y en un entorno en que las capacidades y los recursos se ajustan a las necesidades médicas (25).

Aceptabilidad/centrada en la persona: prestación de una atención de salud que tiene en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios individuales de los servicios y las culturas de sus comunidades (25).

Equidad: prestación de una atención de salud cuya calidad no varía en función de características personales como el género, la raza, el origen étnico, la ubicación geográfica o la situación socioeconómica (25).

Seguridad: prestación de atención de salud que reduce al mínimo los riesgos y los daños para los usuarios de los servicios (25).

5.1 El aborto como derecho humano

Diversas interpretaciones reconocidas del derecho internacional de los derechos humanos consideran que negar a las mujeres, niñas y otras personas embarazadas el acceso al aborto constituye una forma de discriminación y atenta contra una variedad de derechos humanos. Los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas hacen llamados periódicos a los gobiernos para que despenalicen el aborto en todos los casos, y para que, como mínimo, garanticen el acceso al aborto seguro y legal en algunas circunstancias (26).

Estos derechos se establecen en la Declaración Universal de Derechos Humanos y se protegen a través de numerosos tratados internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), la Convención contra la Tortura (CCT), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), así como en tratados regionales en África, América y Europa (26).

En los últimos años se han visto importantes avances hacia la garantía de este derecho. Donde se destaca el importante logro de las mujeres en México, en Argentina, Colombia o Ecuador donde se ha legislado en los últimos años hacia un mayor acceso al aborto. Sin embargo, todavía existen países como Estados Unidos, Nicaragua, El Salvador, República Dominicana, Malta, Honduras, Haití, Polonia o Marruecos (entre otros) en los que el aborto continúa estando penado. Esto supone que aún millones de mujeres en edad reproductiva no tienen derecho al acceso de servicios de aborto legales y seguros (26).

Sin embargo, no son las únicas que tienen que enfrentarse a restricciones legales en el aborto, ya que el 41% de las mujeres en edad de procrear viven en países con leyes muy estrictas sobre el aborto o en los que a pesar de que el aborto sea legal, no tienen medios para ofrecer un aborto seguro y accesible ya que las leyes de derechos humanos y las normas de la Organización Mundial de la Salud exigen que los Estados despenalicen el aborto y eliminen las barreras de acceso (26).

5.2 Derechos Sexuales y Reproductivos en salud En Colombia: Ministerio de Salud y Protección social

Los derechos reproductivos sustentan en la facultad que tienen todas las personas a tomar decisiones libres y sin discriminación, sobre la posibilidad de procrear o no, de regular su fecundidad y de la posibilidad de conformar una familia y disponer de la información y medios para ello. Incluye el derecho a tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, el derecho de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo, *“Todas las niñas y mujeres tienen derecho a la interrupción voluntaria del embarazo”*, a la prevención de embarazos no deseados y la prevención y tratamiento de dolencias del aparato reproductor como el cáncer de útero, mamas y próstata (27).

El Ministerio de Salud y Protección Social ha venido avanzando en los últimos años en el cumplimiento de las obligaciones de protección, respeto y garantía del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. Para ello, ha formulado políticas y planes, entre los que se destacan la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (PDSP), y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de 2014 (27).

5.3 Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014:

De acuerdo con los compromisos adquiridos mediante el Plan Decenal de Salud Pública, avanzando en los propósitos de desarrollo e igualdad y bajo el marco de la Ley Estatutaria que eleva a la salud como derecho fundamental surge la actualización de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de 2014 expuesta inicialmente en el año 2003 por el Ministerio de Salud y Protección Social,

donde el Ministerio asume el compromiso de liderar los planes, programas y proyectos que se desarrollen desde los territorios, instituciones y demás organizaciones para la materialización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todos los habitantes de Colombia (27).

En esta actualización se recalca que la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos tiene como propósito el bienestar integral de la población, donde la sexualidad se entiende como un aspecto positivo y propicio para el desarrollo de las personas y dónde valores como la libertad, la igualdad y el respeto se orientan a salvaguardar la dignidad humana. El Ministerio se apoyó en socios estratégicos como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Profamilia. Esta Política apunta a que el Estado y sus instituciones puedan garantizar las condiciones para el ejercicio de una sexualidad plena, libre y satisfactoria a través del reconocimiento y respeto a las diferencias para alcanzar la equidad y el bienestar para todas las personas (27)

5.4 Prevención del Aborto Inseguro en Colombia Protocolo para el Sector Salud:

El protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia es un documento crucial que busca reducir la morbilidad y mortalidad materna asociadas con el aborto inseguro y garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva seguros y legales. Primera versión (2014): Se introdujo con el objetivo de ofrecer lineamientos claros para la atención de mujeres que enfrentan abortos inseguros y promover la prevención. Versión actualizada (2020): Se revisaron y ampliaron las directrices para mejorar la atención integral, la sensibilización de los profesionales de salud y la prevención de embarazos no deseados (12).

El protocolo se basó en la Sentencia C-355 de 2006 y la Sentencia C-055 de 2022, que despenalizan el aborto en ciertas circunstancias, establece que los servicios de salud deben ser accesibles, oportunos y de calidad para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), destaca en la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud para brindar servicios de IVE seguros y de calidad y enfatiza la importancia del acceso a la

anticoncepción moderna para prevenir el embarazo no deseado y reducir el aborto inseguro (11).

También promueve la atención médica oportuna y adecuada para mujeres que enfrentan situaciones de aborto inseguro, busca sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de ofrecer un trato digno y sin estigmas a las mujeres que solicitan atención por abortos inseguros, proporciona directrices para informar a las mujeres sobre sus derechos reproductivos, y fomenta la colaboración entre diferentes entidades del sistema de salud para asegurar una respuesta integral y efectiva frente esta problemática (7).

6 Metodología

Para poder llevar a cabo la realización de la monografía se contó con el respaldo a nivel Técnico y Legal que garantizó la viabilidad del estudio y la confiabilidad de la información.

Respaldo técnico: Se contó con recursos de información actualizada para acceder a la mayor cantidad de datos posibles como fueron: las bases de datos que dispone la Universidad de Antioquia, Bibliografías, Noticias y artículos obtenidos de fuentes como la Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia, publicaciones científicas obtenidas de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. Institutos Nacionales de Salud y estudios de Asociaciones involucradas en el tema de derechos humanos, de las mujeres y el aborto, entre otros, además de la Documentación Normativa Colombiana sobre el tema tratado.

Respaldo Legal: Amparada mediante la actual resolución 051 de 2023 que adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia.

El desarrollo de la monografía fue cofinanciado por la estudiante que llevó a cabo la monografía, ya que esta no requirió de recursos adicionales o externos al hecho de recolectar y procesar información. Se dio mediante los siguientes elementos:

Equipos tecnológicos necesarios para la recopilación de datos como Celulares y Computadores de la estudiante y equipos que facilita la Universidad, se contó con el acceso a Internet en los diferentes espacios donde se requirió investigar (casa, oficina, universidad, coworking) necesario para buscar fuentes de información, también se contó con la disposición de información y recursos por parte de la Universidad de Antioquia (Artículos indexados), Bases de datos, Bibliografías, Noticias y demás recursos donde se pudo recolectar los datos necesarios. Además, la estudiante dispuso de la inversión de tiempo requerido para la recopilación, selección y análisis de los datos.

Aproximación Metodológica:

Se realizó una búsqueda de la información relacionada a la problemática, en bases de datos, libros, literatura gris, experiencias, noticias y demás de los últimos cinco años, continua durante el periodo de investigación, utilizando palabras claves como el concepto de aborto, aborto legal, interrupción voluntaria del embarazo, salud sexual y reproductiva, embarazo no deseado, últimas cifras sobre el aborto. Luego se realizó una revisión detallada de dicha información para realizar la depuración respectiva de los artículos de valor y de mayor relevancia frente al tema, con este material se definió la triangulación necesaria para dar paso a la estructura y análisis de la monografía, para posteriormente entregar el documento para su divulgación oficial, en aras de enviarlo como propuesta de artículo de revisión y publicación en alguna revista de interés.

7 Resultados

Dando cumplimiento al objetivo número 1 que tiene que ver con la ilustración integral del contexto político-normativo y administrativo sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo y después de haber expuesto el marco normativo y conceptual, se puede destacar que las sentencias de la Corte Constitucional, desde la C-355 de 2006 hasta la C-055 de 2022, han ampliado el acceso al aborto y brindada protección a los derechos reproductivos de las mujeres en Colombia. Estas decisiones han despenalizado el aborto bajo ciertas circunstancias y hasta las 24 semanas de gestación sin ninguna causal, estableciendo un contexto legal inclusivo y seguro y un marco legal que es referente para otros países del mundo, siendo este uno de los más avanzados y robustos. Además, se han implementado decretos y resoluciones como la más reciente 051 de 2023 que fijan estándares para la prestación de servicios de IVE de manera integral, asegurando que las instituciones de salud ofrezcan servicios de calidad sin barreras administrativas, y que a su vez promuevan la educación y sensibilización de los profesionales de salud para garantizar un trato digno y sin estigmas.

Así mismo, el ministerio de salud ha ratificado su compromiso en el cumplimiento de las políticas de salud pública, mediante la implementación del Plan Decenal de Salud Pública y la Política Nacional de Sexualidad, que refuerzan la responsabilidad del Estado con la salud sexual y reproductiva, asegurando acceso equitativo y sin discriminación. Estos elementos ilustran cómo el contexto político-normativo y administrativo en Colombia ha evolucionado para garantizar el acceso seguro y legal a la IVE.

Ahora bien, después de dar cumplimiento al objetivo número 1, se abordó el panorama relacionado con las problemáticas administrativas presentadas en las principales ciudades del territorio colombiano en los últimos 5 años, donde se dará cumplimiento al objetivo número 2 sobre los factores desencadenantes de estas problemáticas que hacen que existan fallas administrativas para la atención del aborto en Colombia. Aquí se hace importante mencionar a IPAS una organización sin ánimo de lucro fundada desde 1973 que trabaja a nivel mundial para promover la justicia reproductiva ampliando el acceso al aborto y la anticoncepción. Dicha organización

desarrolló un mecanismo de evaluación que permite analizar qué tan sostenible es el servicio de aborto en los territorios.

IPAS hace alusión a que garantizar el derecho al aborto no es suficiente y que existen barreras económicas, culturales, religiosas y sistémicas que impiden a muchas personas acceder a servicios de aborto incluso en lugares donde es legal y está disponible. Por ello, trabajan con instituciones y comunidades para construir ecosistemas de aborto sostenibles, entendiendo ecosistema de aborto sostenible como una condición dinámica que garantiza el acceso a servicios de aborto seguros y de calidad, respetando las decisiones individuales y las particularidades territoriales; aquí se abordan todos los factores que pueden afectar la capacidad de una persona para acceder al aborto, desde el conocimiento de la salud individual hasta el apoyo social y comunitario. IPAS además capacita a los proveedores y trabajan con los sistemas de salud para garantizar servicios de aborto accesibles y de alta calidad (8)

IPAS identificó ocho componentes clave para la evaluación del ecosistema de aborto, con el fin de garantizar un sistema sensible y comprometido con la prestación de los servicios de aborto (8). Estos ocho componentes son:

1. Conocimientos y agencia de cada persona.
2. Normas sociales y apoyos comunitarios.
3. Apoyo y liderazgo político.
4. Política y legislación.
5. Financiamiento.
6. Insumos.
7. Fuerza laboral y prestación de servicios de salud
8. Información sobre salud.

Adicional a estos componentes, se diseñó un rango de evaluación del ecosistema:

(3.5-4.0) – Sostenible: los servicios de aborto están ampliamente disponibles y son accesibles para una variedad de indicaciones, las partes interesadas se sienten empoderadas y seguras con relación a la prestación y accesibilidad de servicios de aborto seguro.

(3.0-3.5) - Acercamiento a la sostenibilidad: el derecho al aborto es apoyado bajo ciertas circunstancias, el apoyo a favor del acceso a los servicios de aborto inducido está en evolución.

(2.0-2.9) - Poca sostenibilidad: hay un apoyo emergente a favor del aborto, aunque los esfuerzos por ampliar el apoyo quizás no estén bien coordinados; algunas estructuras apoyan el acceso a los servicios de aborto seguro y en algunas estructuras existen áreas de gran resistencia.

(1.0 -1.9) - No sostenibles: hay poco o ningún apoyo a favor del acceso a los servicios de aborto, silencio general en torno al aborto y mucho estigma relacionado con el aborto en la mayoría de las estructuras. También es común ver oposición organizada y/u hostilidad abierta hacia la ampliación del acceso a los servicios de aborto.

En el año 2023 IPAS en alianza estratégica con Profamilia con el fin de realizar dicha evaluación en el territorio colombiano, priorizaron ciudades, municipios y departamentos principales a nivel nacional, que contaban con presencia de clínicas de Profamilia; lograron generar espacios de articulación interinstitucional entre secretarías de salud municipales y departamentales, EAPB, IPS y sociedad civil en los que se pudiera identificar el estado actual del ecosistema del aborto a nivel territorial y acompañar la implementación de la sentencia C-055 de 2022 y la ejecución de planes de trabajo en cada territorio (8).

Los territorios priorizados fueron: las ciudades de Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Cúcuta, Montería, Quibdó y Tunja y a nivel departamental, Santander, Norte de Santander y Boyacá. Las intervenciones en cada territorio incluyeron un espacio de fortalecimiento y difusión de la Resolución 051 de 2023, a cargo del Grupo de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos del Ministerio de Salud; y presentación del concepto y metodología de IPAS de evaluación del ecosistema de aborto liderada por el equipo implementador del proyecto Ríos de Profamilia.

Tabla 1 Análisis Cuantitativo de la Sostenibilidad del aborto en los territorios priorizados en Colombia.

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Conocimientos y agencia de cada Persona	2,4	2,1	2,0	2,2	1,6	1,9	2,0	2,0
Normas sociales y apoyos comunitarios	2,3	1,6	2,2	1,8	1,9	1,7	2,0	1,9
Apoyo y liderazgo político	3,1	3,2	3,0	2,7	2,6	2,6	3,2	2,9
Políticas y legislación	2,8	2,5	2,9	2,6	2,4	2,4	2,8	2,6
Financiamiento	2,7	2,7	2,5	2,5	3,1	2,1	2,7	2,6
Insumos	2,6	2,4	2,6	2,4	2,7	2,5	2,9	2,6
Fuerza laboral y prestación de servicios de salud	3,1	3,2	3,0	2,7	2,6	2,6	3,2	2,9
Información sobre salud	2,4	2,3	2,1	2,0	1,8	1,9	2,8	2,2
Sostenibilidad	2,7	2,5	2,5	2,4	2,3	2,2	2,7	2,5

Fuente: Profamilia 2024

Después de analizar la tabla anterior, y en este punto del trabajo se puede evidenciar un hallazgo importante y es que la sostenibilidad del aborto en las principales ciudades del país se encuentra en un promedio de 2.5 que analizado con los rangos evaluativos anteriormente mencionados, se ubica en el rango de 2.0 y 2.9 de Poca sostenibilidad, reflejando según la escala que.: *“hay apoyo emergente a favor del aborto, pero puede que los esfuerzos por ampliar el apoyo no estén bien coordinados. Algunas estructuras apoyan el acceso a los servicios y es evidente que aún existen áreas de gran resistencia.”* (22)

Además, se resalta que el componente de Normas sociales y apoyo comunitario obtuvo el menor puntaje de sostenibilidad (1.9), Profamilia menciona que esto probablemente se deba al estigma social que aún atraviesa el aborto y la hostilidad comunitaria que existe frente al acceso a servicios.

Sin embargo, un aspecto positivo es que se evidencia que hay 2 componentes cruciales en el ecosistema del aborto con un puntaje de 2.9, acercándose más a la sostenibilidad, el primero es el relacionado con Apoyo y liderazgo político, esto puede

estar íntimamente relacionado con el marco normativo actual, que incluso se ha demostrado en el desarrollo de este trabajo que es bastante robusto y uno de los más avanzados en Latinoamérica, que sin embargo, cuenta con diversos desafíos en su materialización y puesta en práctica.

El otro componente tiene que ver con la Fuerza laboral y prestación de servicios de salud, que, si bien refleja los esfuerzos realizados por las entidades territoriales de salud por ampliar la prestación de servicios, aún tiene el reto de descentralizar la prestación de servicios en ciudades principales para garantizar mayor accesibilidad.

Por otro lado, en la tabla también se puede observar la sostenibilidad promedio por territorio, demostrando que Santander y Bogotá con puntajes de 2.7 son los territorios que más se acercan a la sostenibilidad, seguidos de Medellín y Boyacá con 2.5 puntos.

Se puede deducir entonces después de la aplicación de esta evaluación estratégica que, si bien, se han dado grandes pasos para asegurar una prestación del servicio de aborto seguro, de calidad, sin barreras y discriminación, además de una garantía hacia este derecho, aún hay muchas oportunidades de mejora para que el ecosistema por lo menos se acerque a la sostenibilidad y finalmente sea sostenible.

Estas oportunidades solo serán reflejadas si se presenta el contexto de la situación actual, por lo que resulta importante entonces comprender el comportamiento de algunos de los componentes del ecosistema de aborto en los territorios y el panorama de los distintos actores del sistema, con el fin de recopilar y reconocer la información sobre los factores que pueden desencadenar las fallas administrativas para el acceso al servicio de aborto en Colombia.

Tabla 2 Conocimiento y agencia de cada persona

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Conocimientos y agencia de cada Persona	2,4	2,1	2,0	2,2	1,6	1,9	2,0	2,0

Fuente: Profamilia 2024

En cuanto al componente de Conocimiento y Agencia de cada persona, que busca analizar y medir el grado en que las mujeres tienen información correcta para tomar sus decisiones sobre el aborto, se puede observar que la sostenibilidad promedio en los siete territorios es de 2.0, siendo esta poca sostenible y dejando en evidencia que en el entorno que conviven las mujeres no permite que tomen decisiones autónomas y libres de discriminación acerca del aborto y es aún más limitado en territorios como Norte de Santander y Quibdó, cuyos puntajes evidencian la falta de sostenibilidad del componente.

En general en los siete territorios se identifica muy poco acceso a información fidedigna para la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, especialmente sobre aborto seguro. Pues, si bien reconocen que ha aumentado el conocimiento generalizado del aborto como derecho, no hay un conocimiento amplio para las mujeres sobre la normativa/jurisprudencia que lo regula, ni sus implicaciones.

La percepción en general es que hay poco conocimiento sobre las obligaciones de las EAPB e IPS, cómo funcionan o cómo se activan los diferentes mecanismos jurídicos para la imposición de sanciones disciplinarias por incumplimiento de un deber legal. En aquellas ciudades/departamentos donde se considera que puede haber más información, el nivel de conocimiento depende del grupo poblacional. Por ejemplo, puede haber más información entre mujeres adultas en comparación con el nivel de información que reciben las niñas. También se considera que tienen más acceso a información personas con formación universitaria en comparación con las personas que no han tenido la opción y oportunidad de escolarizarse.

Aunque el abordaje del tema en las instituciones educativas presenta una importante resistencia de padres y de directivas de algunas instituciones educativas, haciendo que estudiantes reciban muy poca información o en ocasiones se da desde el prejuicio, se destaca la labor de algunas/os docentes, órganos territoriales y estudiantes para incorporar la educación integral para la sexualidad (EIS) como una estrategia que permitirá fortalecer el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos y fomentar la información.

También se destacan algunas medidas favorables para el acceso a información a nivel comunitario como en Medellín, a través de la línea 123 Mujer, o en Bogotá con el programa territorial “Salud a mi Barrio, salud a mi Vereda”. En Cúcuta se propone hacer uso de programas ya existentes para garantizar la difusión de información sobre derechos sexuales y reproductivos para niñas, niños y adolescentes, mediante el programa de la Policía de Infancia y Adolescencia “Abre tus ojos” que, si bien aún no cuenta con estos conocimientos, se podría incluir en su programa.

Como tendencia se encuentra que en todos los territorios se reconocen pocos liderazgos comunitarios que brindan información sobre aborto como: trabajadores de salud, educadores, funcionarios de programas de género, organizaciones de la sociedad civil (especialmente organizaciones feministas), medios de comunicación y específicamente en Quibdó las parteras, y hay algunos que lo hacen difundiendo información desde el desconocimiento, la criminalización y el estigma.

Por otro lado, en este mismo componente se hace alusión al libre acceso de medicamentos para abortar fuera del sistema de salud, donde es común también encontrar falta de información por parte de las farmacias o administradores de estos medicamentos respecto al adecuado uso del medicamento, formulación acorde, dosificación, signos de alarma, entre otros, generando riesgos para la salud y vida de las mujeres, además de altos costes. Como aspecto positivo en estos territorios también es posible acceder a medicamentos para abortar mediante el acompañamiento de organizaciones feministas, que favorecen el suministro de información adecuada y remiten de manera oportuna a entidades de salud de ser necesario.

Además de lo expuesto anteriormente sobre el acceso a la información y los medicamentos, en este componente se aborda también uno de los temas más importantes para el desarrollo de este trabajo que tiene que ver con el acceso al aborto dentro del sistema de salud. Se hace mención a que en los territorios hay consenso en que el acceso a servicios de aborto dentro del sistema de salud sigue siendo difícil, principalmente por la falta de oferta territorial, el estigma y las barreras de acceso. La dificultad se exagera en regiones con alto flujo de población migrante como Norte de Santander o en territorios históricamente desatendidos por el Estado como Quibdó.

Se señala que el acceso a servicios de aborto de manera particular en clínicas especializadas es mucho más común y recurrente, lo que continúa generando una inequidad en el acceso, pues son aquellas personas con capacidad de pago o que son beneficiarias de programas de subsidios quienes logran la atención. También al comparar las técnicas de aborto, hay mayor facilidad de acceso a un aborto con medicamentos, pero solo con misoprostol. Es menos probable acceder a un aborto mediante Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU), al ser una técnica poco conocida y utilizada por profesionales, por lo que en la mayoría de los territorios la prestación de servicios de aborto no farmacológicos se realiza mediante el uso de la técnica de dilatación y curetaje (legrado), a menos que la atención sea en una institución especializada en servicios de salud sexual y reproductiva, en donde la mifepristona y la AMEU son insumos y procedimientos ampliamente usados.

Aunque no es común que las personas usen procedimientos tradicionales para abortar, aun se reportan algunos casos de uso de brebajes, infusiones herbales y golpes, especialmente en Norte de Santander, Boyacá, Quibdó.

Tabla 3 Normas sociales y apoyos comunitarios

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Normas sociales y apoyos comunitarios	2,3	1,6	2,2	1,8	1,9	1,7	2,0	1,9

Fuente: Profamilia 2024

Atado a lo expuesto anteriormente y entrando en el componente número 2 de Normas sociales y apoyo comunitario, se puede inferir que muchos de los factores mencionados como la falta de información adecuada y oportuna sobre derechos sexuales y reproductivos, aborto seguro y sobre todo de la implementación de la jurisprudencia y regulación administrativa, falta de recursos económicos para costear los procedimientos o medicamentos, falta de oferta territorial de servicios de aborto en el sistema de salud y coerción social y cultural por parte del entorno, son considerados barreras de acceso a los servicios de aborto seguro, que se derivan principalmente por el estigma y prejuicio que aún son muy fuertes en las comunidades, estigmas dados mayormente por líderes

religiosos; además se destacan otras barreras de género/poder, financieras y geográficas, que a pesar de las acciones realizadas en los diferentes territorios para combatir estas brechas, aún son insuficientes y continúan impactando en el acceso a servicios de aborto en los territorios.

Adicional a esto se resaltan también en algunos territorios barreras de acceso relacionadas con el abandono estatal. Por ejemplo, en zona rural dispersa del departamento de Norte de Santander, la falta de acceso servicios de salud sexual y reproductiva está relacionada con la poca oferta de servicios y por la dominación territorial que ejercen los actores armados en escenarios de conflicto.

Por otro lado, atado al mismo componente, es un hallazgo común en todos los territorios que las personas con discapacidad y personas extranjeras en situación migratoria irregular enfrentan mayores barreras de acceso a servicios de aborto, debido a la discriminación y falta de acceso a información adecuada y oportuna sobre sus derechos. Por un lado, es evidente que los prestadores de servicios de salud no proporcionan los apoyos y ajustes razonables necesarios para garantizar que las personas con discapacidad puedan tomar decisiones libres e informadas sobre su salud sexual y reproductiva; por el otro, las personas en situación migratoria irregular se ven enfrentadas a diversas barreras de acceso a servicios, relacionadas con la imposibilidad de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano por falta de válida o la falta de recursos económicos para financiar los servicios.

En la actualidad existen múltiples actores emergentes y organizaciones del sector civil que velan por la garantía de los derechos reproductivos y el acceso al aborto seguro, en la evaluación realizada se resalta la labor de estas organizaciones en Bogotá, Medellín, Montería, Boyacá y Santander, cuyos esfuerzos están enfocados en ampliar el acceso a la información veraz y oportuna que permita el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas ; sin embargo en territorios como Quibdó y Norte de Santander, las partes interesadas desconocen si existen estas organizaciones y por el contrario en Quibdó por ejemplo el personal escolar y trabajadores de salud son reconocidos por emitir juicios estigmatizantes con respecto al aborto.

Tabla 4 Apoyo y liderazgo

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Apoyo y liderazgo político	3,1	3,2	3,0	2,7	2,6	2,6	3,2	2,9

Fuente: Profamilia 2024

Este componente que evalúa la existencia de defensores eficientes y confiables para el acceso a los servicios de aborto en todos los niveles de Gobierno y Estado y de los sectores de salud públicos y privados, continúa reafirmando en sus resultados que es uno de los mejores posicionados hacia la sostenibilidad, con puntajes en algunas ciudades superiores a 3 puntos, lo que le da un acercamiento a la sostenibilidad mayor. Y se podría decir que no sorprende el resultado ya que el respaldo normativo que tiene el país y la participación y compromisos generados en distintos escenarios internacionales como la Agenda 2030 (ODS), Conferencia de Población y Desarrollo, Comisión Interamericana de derechos Humanos (CIDH), colaboraciones con ONGs como Amnistía Internacional, etc., lo llevan a dicha posición, y aunque aún existen brechas entre los instrumentos firmados y la aplicación, el compromiso con los derechos sexuales y reproductivos se ha visto reflejado en los diferentes espacios legales y agendas multilaterales.

Algunos de los territorios intervenidos como: Norte de Santander, Quibdó, Medellín y Montería, han realizado esfuerzos por materializar las normas y políticas nacionales sobre acceso a servicios de aborto seguro, a través de asistencias técnicas a IPS y EPS para el fortalecimiento de capacidades de los/as profesionales, promoviendo espacios de educación integral para la sexualidad (EIS) en instituciones de educación básica y media, entre otros.

Otros territorios como: Boyacá, Bogotá y Santander, no sólo han implementado actividades concretas para la garantía del derecho, sino que, además, han proferido políticas públicas territoriales para la garantía y ejercicio del derecho al aborto. Por ejemplo, en Boyacá se profirió la Circular Conjunta No. 004 del 31 de agosto de 2022 — Lineamiento Técnico para el Desarrollo de la Semana Andina de Prevención del

Embarazo en la Infancia y la Adolescencia en Boyacá año 2022—, la cual incluye acciones concretas para la prevención del aborto inseguro, entre las que se menciona el fortalecimiento de la ruta materno perinatal, que le permita a las adolescentes tomar la decisión de continuar o no con un embarazo no planeado y acceder a información sobre aborto basada en derechos y evidencia científica.

Bogotá, por su parte, cuenta con dos circulares y un acuerdo distrital sobre salud y derechos sexuales y reproductivos: el Acuerdo 879 de 2023 del Concejo de Bogotá: “Por medio del cual se toman medidas para garantizar el derecho a la vida, la salud plena, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, y el derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y se dictan otras disposiciones”; la Circular 006 de 2015: “Lineamiento para el uso de métodos anticonceptivos no definitivos en la menor de 14 años” (en proceso de actualización por la Secretaría Distrital de Salud) y la Circular 024 de 2023, por la cual se fijan; “Recomendaciones para garantizar el acceso seguro, oportuno y de calidad a la atención integral en IVE, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos”. Y en Santander se profirió la Circular 013 de 2023 emitida por la Secretaría de Salud Departamental, en la que se señalan las competencias de los actores del sector salud frente a la IVE, teniendo en cuenta los lineamientos dados por la Resolución 051 de 2023.

Tabla 5 Políticas y legislación

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Políticas y legislación	2,8	2,5	2,9	2,6	2,4	2,4	2,8	2,6

Fuente: Profamilia, 2024

En este componente se evalúa el grado de apoyo y adaptación de la normatividad sobre el aborto en los territorios, los resultados dan cuenta de una poca sostenibilidad de este componente, que si bien el marco normativo es amplio y con múltiples herramientas que permitan el cumplimiento de la misma, aún falta más compromiso por parte de las

instituciones prestadoras de este servicio y mayor vigilancia y seguimiento por parte de los organismos de control a estas instituciones, a las EPS y todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud, con el fin de que se dé una garantía de cumplimiento a los derechos reproductivos en este caso al libre ejercicio del aborto y que además se establezcan las sanciones a las que haya lugar.

Aunado a esto se evidencia por ejemplo una falta de reparto o reasignación de funciones en la prestación de servicios de aborto, que permita la vinculación de profesionales médicos y de enfermería entrenados para realizar estos procedimientos en edades gestacionales tempranas y que no se limite netamente a especialistas en ginecología y obstetricia, ya que esto crea una barrera para la prestación del servicio en territorios donde no hay una amplia oferta de estos profesionales u obliga a las instituciones a incurrir en altos costos para asegurar la prestación del servicio.

Tabla 6 *Financiamiento*

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Financiamiento	2,7	2,7	2,5	3,1	2,1	2,7	2,6

Fuente: Profamilia, 2024

En este componente se evaluó la gestión de los recursos del sistema de salud para el aseguramiento de la prestación de servicios de aborto con calidad y estratégicamente viables, además se realizó una evaluación importante al financiamiento de las Organizaciones de la Sociedad Civil que velan por la garantía del acceso al aborto, para que su trabajo se lleve a cabo y genere el impacto deseado. En este punto se puede observar también una poca sostenibilidad en todos los territorios, a excepción de Norte de Santander que tiene un acercamiento a la sostenibilidad.

El servicio de aborto incluido en el Plan de Beneficios en Salud, cuenta con la financiación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo

tanto su acceso es seguro tanto para el régimen contributivo como subsidiado con un 98,93% de la población colombiana afiliada a uno de los dos regímenes; lo que quiere decir que la mayoría de la población tienen derecho a acceder al servicio de aborto. Sin embargo para ese 1,07% restante que se vincula especialmente a población migrante o población pobre no asegurada, generalmente su financiamiento en caso de requerir algún servicio de salud está dado por algunas entidades territoriales en coordinación con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de su jurisdicción, y para el caso de aborto adicionalmente se recibe apoyo financiero por parte de organizaciones como Profamilia, Fundaciones u organizaciones de carácter internacional, sin embargo la prestación del servicio en las IPS se ve vulnerado por el pago inoportuno de los servicios prestados por parte de estas entidades territoriales o a los recursos limitados de las organizaciones de la sociedad civil para cubrir la demanda existente.

Conjuntamente a lo expuesto en el párrafo anterior, en algunos territorios consideran que la prestación de los servicios de aborto pueden ser elevados y poco rentables para algunas instituciones, ya que si bien estos servicios se encuentran dentro del Manual Tarifario en Salud, no se contemplan costos asociados a la atención del aborto por lo que estos varían mucho según los acuerdos de voluntades o negociaciones de las IPS con las EAPB; además se suma el cierre masivo en los últimos años de servicios y camas obstétricas y pediátricas por falta de rentabilidad.

Por otro lado, aunque el Gobierno Nacional ha sentado muchas bases normativas, no ha habido una clara asignación de recursos para dar respuesta a la alta demanda de estos servicios, dejando entrever la falta de análisis financiero de costos y presupuestos para estos servicios y procedimientos, lo que a su vez se ve reflejado en la insuficiencia de recursos para la adquisición de insumos en instituciones como las de Boyacá, Montería y Quibdó.

Sumado a esto, también existe una barrera de financiación por la falta de pago oportuna por parte de las EAPB a las IPS y hospitales, lo que genera una degradación en la prestación de los servicios por falta de insumos, personal capacitado e infraestructura, como se ha visto reflejado en territorios como Quibdó.

Ahora respecto a financiamiento de las Organizaciones de la Sociedad Civil que velan por la garantía de derechos, educación y prestación de algunos servicios relacionados con el aborto, en ciudades como Bogotá y Medellín existe una amplia oferta de estas lo que a su vez les permite tener distintos frentes de trabajo y abogar por la financiación para la prestación de sus servicios. Sin embargo, en otros territorios existe mayor dificultad para el recaudo de fondos y financiación de estas organizaciones por lo que el alcance de su trabajo se ve afectado.

Tabla 7 Insumos

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Insumos	2,6	2,4	2,6	2,4	2,7	2,5	2,9	2,6

Fuente: Profamilia, 2024

En este componente se aborda un tema muy importante que tiene que ver con la garantía de insumos y suministros necesarios para la prestación de los servicios de aborto en las instituciones prestadoras del mismo. Y que al igual que la mayoría de los componentes expuestos este presenta un resultado poco favorable de sostenibilidad.

Existen medicamentos como el misoprostol y la mifepristona que son indicados para la interrupción temprana del embarazo y que se encuentran en la lista de medicamentos esenciales en el país, por lo tanto, su acceso debería estar garantizado en todas las IPS del país, no solo para temas relacionados con la Interrupción del embarazo sino para otros usos ginecobstétricos autorizados. Sin embargo, en la evaluación realizada se logró identificar un hallazgo importante y es que estos medicamentos no se encuentran disponibles en todas las IPS, con mayor carencia del medicamento mifepristona por ser considerado de alto costo, poca oferta y con dificultades para establecer convenios comerciales para su adquisición.

En otra instancia, además de los medicamentos abortivos, otra opción segura para los embarazos de menos de 15 semanas es la Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU)

también conocida como aborto instrumentado o aborto quirúrgico que se da mediante una cánula plástica o de metal unida a una fuente de vacío (1), y que además es de bajo costo; sin embargo la disponibilidad de este procedimiento en los territorios es baja primero porque se considera como primera instancia los métodos farmacológicos para la interrupción temprana del embarazo y segundo porque existe poco personal capacitado para realizar este procedimiento. Se logró identificar que solo se encuentra disponible en instituciones especializadas como Profamilia, Fundación Oriéntame y en pocos hospitales departamentales/universitarios.

En el informe de evaluación del ecosistema del aborto también se expone la falta de un plan global estandarizado de adquisición de insumos para la prestación de los servicios de aborto, así como tampoco se aplican metodologías de cuantificación que den cuenta de las necesidades de la población, si bien los entes territoriales velan porque las instituciones tengan los insumos necesarios, este trabajo se queda corto y deja la responsabilidad a las instituciones para que cada una realice su análisis y abastecimiento de manera independiente, el cual muchas veces es insuficiente, estando sujeto a las negociaciones que haya entre IPS y EAPB donde se carece de una buena caracterización de la población para la estimación de los insumos requeridos, lo que muchas veces genera desabastecimiento y por ende incumplimientos en la prestación de los servicios.

Es importante resaltar que los servicios de aborto se financian por Unidad de Pago por Capitación (UPC), que dentro los acuerdos de voluntades es el valor anual que la EPS reconoce al prestador de servicios por cada afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud adscrito a la negociación; por lo tanto, esto garantizaría el cubrimiento de los servicios prestados a cada individuo, generando una protección en el financiamiento de los servicios de aborto.

Tabla 8 Fuerza laboral y prestación de servicios de salud

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Fuerza laboral y prestación de servicios de salud	3,1	3,2	3,0	2,7	2,6	2,6	3,2	2,9

Fuente: Profamilia, 2024

Ahora se aborda un tema de suma importancia para el desarrollo de estos resultados, que da cuenta del estado actual de la prestación del servicio de aborto con relación a la fuerza laboral involucrada y el desempeño administrativo por parte de los prestadores para asegurar el acceso al servicio de aborto. Se evidencia un puntaje de 2.9 que junto con el componente de Apoyo y liderazgo político es uno de los puntajes más altos con aproximación al “acercamiento de la sostenibilidad”. Es de considerar que ciudades como Boyacá, Santander, Bogotá y Medellín ya están en el acercamiento a la sostenibilidad con puntajes superiores a 3.

En primera instancia se analizó la disponibilidad y acceso a los servicios de IVE, teniendo como indicador lo establecido en el Plan de Aceleración para la Reducción de Muerte Materna desarrollado por el Ministerio de Salud, donde se hace alusión a que todas las instituciones de baja complejidad deben prestar servicios de aborto hasta la semana 10 y/o que todas las instituciones que atienden partos presten este servicio. Dicho esto, se encontró en los territorios de la presente evaluación una falta de oferta de servicios de aborto en IPS de bajo nivel de complejidad, resaltando esta oferta solo en clínicas especializadas como Profamilia y Fundación Oriéntame; Además, de que no en todas las instituciones donde se atienden partos se prestan servicios de aborto.

Por otro lado, se hace alusión al aspecto que tiene que ver con los sistemas de administración y supervisión para la atención del aborto por parte de los órganos de control, que si bien estos cuentan con procesos de acompañamiento por parte de los entes territoriales como las secretarías hacia las IPS y EAPB, aún existen carencias en la disponibilidad de servicios de aborto, donde se evidencian por ejemplo remisiones de IPS donde se pueden prestar los servicios, hacia a otras instituciones, evadiendo su responsabilidad e incurriendo en incumplimientos de los cuáles no tienen plena identificación. Y atado a esto está la evidente falta de sanciones o la incapacidad de las secretarías para garantizar el cumplimiento y cobertura de la prestación de servicios de IVE en todo el territorio integrada con los demás servicios de la Ruta Materno Perinatal, afectando el acceso especialmente a población en zonas rurales o zonas municipales dispersas.

Otro aspecto relevante tiene que ver con las redes de referencia y contrarreferencia, donde si bien hay una definición clara de la ruta, así como los protocolos para la atención de aborto para todas las IPS, es común encontrar falencias en la integración y funcionalidad de esta, resumiéndose en la mayoría de los territorios a remisiones a Profamilia, hospitales de tercer nivel o a pocas IPS donde se conoce se presta el servicio de IVE. Lo que deja en evidencia una debilidad en este aspecto que está dada especialmente por la poca oferta que hay del servicio con el agravante del desconocimiento de los actores involucrados de la totalidad de IPS que prestan este servicio, además del direccionamiento inadecuado, falta de conocimiento, claridad y divulgación sobre las rutas, y en algunos casos se evidencia negligencia por parte del personal para generar la remisión efectiva.

Además de lo mencionado anteriormente, se encuentra un tema muy valioso que son las capacitaciones al personal involucrado en la prestación de servicios de IVE tanto administrativo como asistencial, donde se encontró en primera instancia que la formación en el tema de IVE en entidades educativas es deficiente, con pocas instituciones que brindan formación sobre el tema de Atención Integral del Aborto (AIA) y Atención Integral Posaborto (AIP), por lo que el conocimiento y práctica clínica solo se adquiere propiamente en el ejercicio laboral. Adicionalmente se evidenció que en los siete territorios se cuenta con procesos de acompañamiento y capacitación en aspectos técnicos y sobre rutas de atención, por parte de las secretarías departamentales y municipales, sin embargo, estos espacios son muy escasos y se estima que no son suficientes para el cubrimiento de las necesidades.

Por último, otro tema fundamental del componente tiene que ver con la calidad en la prestación de los servicios de aborto y es que se evidenció que la atención se realiza desde el estigma y discriminación, donde no se apoya o existe un respeto por las decisiones de las usuarias para la práctica de IVE y además se puede dar cuenta de prácticas violentas, represivas y totalmente vulneradoras de los derechos reproductivos, y que si bien el servicio de IVE está lo suficientemente cubierto legalmente, aún existen múltiples barreras de estigma social que impiden la prestación de un servicio con calidad, que satisfaga de manera integral las necesidades de la población.

En este punto se hace un reconocimiento importante a la labor que desempeñan organizaciones como Profamilia, Fundación Oriéntame, Fundación Mujer y Futuro y Unimédicos por proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y así mismo se destaca el esfuerzo de algunas IPS y EAPB por integrar estos servicios en sus rutas de atención, lo que ha mejorado en cierta medida el acceso.

Tabla 9 Información sobre salud

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Información sobre salud	2,4	2,3	2,1	2,0	1,8	1,9	2,8	2,2

Fuente: Profamilia, 2024

Este último componente está relacionado con la gestión de la información relacionada con la salud reproductiva y la capacidad que tienen los sistemas de información para recolectar, documentar y utilizar datos sobre las necesidades actuales y emergentes sobre IVE. El puntaje que arrojó la evaluación para este componente fue de 2,2 reflejando un panorama con poca sostenibilidad y que individualmente para Norte de Santander y Quibdó se evidenció un puntaje 1,8 y 1,9 respectivamente que los ubican como territorios no sostenibles en este aspecto dejando en evidencia poco apoyo para la gestión de información sobre IVE.

En este componente se evaluaron aspectos como la recolección y confiabilidad de los datos, que sin duda alguna son un factor muy importante hacia la identificación, garantía y satisfacción de necesidades de la población, en este sentido fue común encontrar en los territorios que no hay un sistema de registro y consolidación de datos que permitan la toma de decisiones, partiendo por ejemplo de la última encuesta de demografía y salud que se realizó en 2015 y hoy casi 10 años después no se cuenta con datos sociodemográficos más recientes que permitan conocer el estado actual de la población. Además de esta información, resulta difícil encontrar información o integración que relacione el aborto inseguro con la morbilidad y mortalidad materna, a pesar de que

en los entes territoriales se realice seguimiento a indicadores relacionados con salud materna.

En Colombia, el reporte de datos sobre atenciones relacionadas con IVE lo deben realizar por obligación las IPS a través de los RIPS. Sin embargo, existe una dificultad para las identificaciones ya que no hay un código unificado para registrar específicamente los servicios de aborto. Los reportes pueden basarse en diagnósticos relacionados, como complicaciones del embarazo o abortos espontáneos, lo que dificulta identificar claramente los casos de interrupción voluntaria del embarazo.

La integración de datos sobre atenciones de aborto de instituciones privadas en el registro público varía por territorio. En lugares como Quibdó, Montería, Medellín y Norte de Santander, los datos de las IPS privadas no se integran con los públicos. En Bogotá y Boyacá, es probable que sí se integren, mientras que Santander es el único territorio que reporta una integración rutinaria de datos de IPS públicas y privadas. Sin embargo, no se puede asegurar que las estadísticas sobre servicios de aborto sean completas, precisas o se reporten a tiempo, lo que representa un desafío significativo para consolidar y analizar esta información.

A parte de esto, no existe un sistema de registro unificado sobre IVE y algunas organizaciones de la sociedad civil recopilan su propia información, pero esta no es pública a menos que se incluya en investigaciones oficiales. La capacidad para entender y utilizar los datos del sistema de salud varía por territorio, siendo más reconocida en Boyacá y Quibdó. Un mayor acceso a los datos podría aumentar su impacto en la incidencia y la información.

Con este componente se culmina la evaluación del ecosistema de aborto en 7 principales territorios de Colombia dando cuenta de que son muchos los factores desencadenantes de las problemáticas administrativas que impiden el buen funcionamiento de todo el plan normativo para la garantía de acceso a la IVE en el país, estos factores incluyen el estigma social, la carencia de información adecuada y oportuna sobre derechos sexuales y reproductivos, la deficiencia de recursos económicos y humanos, la insuficiente oferta territorial de servicios de aborto, la coerción social y

cultural, fallas en la coordinación entre los actores involucrados en la prestación de los servicios y la insuficiente capacitación del personal de salud. Además, existen barreras relacionadas con el abandono estatal, especialmente en zonas rurales y áreas con alta migración, dificultades para recolectar información e integrar datos para el análisis y toma de decisiones y escaso soporte de vigilancia por parte de los entes territoriales hacia el cumplimiento de las regulaciones relacionadas con la IVE. (27)

Ahora dando cumplimiento al objetivo número 3 que tiene que ver con exponer las dificultades que deben afrontar las mujeres para tener un acceso real a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, se abordará con base en algunos diagnósticos realizados por varias organizaciones que promueven la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en territorios como Tolima, Boyacá, Neiva, Quindío y Pereira que dan cuenta de los testimonios de mujeres que han querido o accedido a la prestación de servicios de IVE.

El primer documento es un diagnóstico realizado por la organización IMAGINA, una organización de mujeres feministas que trabaja en la defensa de los derechos de las mujeres, incluyendo los derechos reproductivos y que hace parte del Colectivo de Mujeres del Tolima que constituye el nodo local de la Red Nacional de Mujeres en el Tolima que trabajan por la protección de los derechos humanos, promoviendo una vida digna y libre de todo tipo de violencias. Este diagnóstico se realizó con el objetivo de realizar un análisis y monitoreo a la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el departamento del Tolima, a través de percepciones, imaginarios, historias y casos reales de mujeres de los municipios. Se tomó como base tres líneas importantes frente a las dificultades que tienen que presentar las mujeres para acceder a los servicios de IVE que son: Desconocimiento del marco legal, Interpretación restrictiva del marco legal y Fallas en la prestación del servicio de salud.

En primera instancia el desconocimiento del marco legal es una barrera significativa para la atención a la IVE en el departamento del Tolima. Numerosas usuarias no conocen el marco legal ni reciben asesoramiento al momento de recibir atención para la IVE, y así mismo para los profesionales en salud, a pesar de que existe una ruta de atención institucional, lo que vulnera los derechos de las mujeres al momento de solicitar

el servicio. Además, no se han implementado acciones para garantizar la atención integral a la IVE ni para difundir sus aspectos legales, de salud y técnicos necesarios para asegurar un acceso oportuno y de calidad en el departamento.

En cuanto a la interpretación restrictiva del marco legal, se encontraron casos de usuarias a quienes se les negó la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) debido a la edad gestacional. Y en muchos casos, el avance en las semanas gestacionales se debió al tiempo de espera desde la decisión de interrumpir el embarazo hasta la autorización del procedimiento por parte del prestador de salud. Además, los profesionales de la salud deben informar sobre el procedimiento adecuado y los riesgos en cada etapa de la gestación, permitiendo que la mujer tome una decisión informada.

Otro aspecto importante tiene que ver con la objeción de conciencia y es que ésta es un derecho que muchos profesionales de la salud utilizan sin entender sus límites, lo que puede poner en peligro la vida y la salud de las mujeres. Los profesionales muestran mayor empatía en casos de malformación fetal incompatible con la vida extrauterina, considerándolos naturales, mientras que en otras situaciones, las mujeres enfrentan barreras debido a la objeción de conciencia. Según la ley, este derecho solo aplica a quienes realizan directamente el procedimiento de aborto, debe ser individual, presentada por escrito, y explicar por qué el aborto va en contra de sus convicciones personales. Las instituciones de salud (IPS y EPS) deben garantizar que otro profesional calificado realice el procedimiento si alguien objeta. Además, la objeción no puede usarse para negar información sobre la IVE. Existen excepciones a la objeción de conciencia, como cuando no hay otro profesional disponible o la vida de la mujer está en riesgo. En la práctica, se observa una interpretación restrictiva de la ley que dificulta el acceso de las mujeres a la IVE, causando retrasos injustificados y un uso incorrecto de la objeción de conciencia.

En la categoría de fallas en la prestación del servicio de salud, se identificó que las mujeres que buscan acceder a la IVE en el Tolima enfrentan múltiples obstáculos que vulneran sus derechos sexuales y reproductivos. La situación más preocupante es la violencia ejercida por los profesionales de la salud, quienes las someten a maltratos físicos y verbales, basados en prejuicios y creencias personales. Además de la práctica

inadecuada de ubicarlas junto a mujeres en trabajo de parto, generando incomodidad y presión emocional que puede llevarlas a desistir del procedimiento. Por otro lado, el desconocimiento generalizado de las sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022 y la frecuente declaración de objeción de conciencia por parte del personal médico, obliga a las mujeres de ciertos municipios a trasladarse a una ciudad principal con mayor oferta de profesionales para que les realicen el procedimiento, aumentando costos y tiempos de espera. La situación se complica aún más debido a la falta de codificación de la IVE en las bases de datos de servicios y procedimientos del departamento, y la rigidez de los formatos estandarizados que no están adaptados para la realización de dicho procedimiento, impidiendo al personal médico registrar el servicio, además de que dificultan el registro y la prestación efectiva del servicio (28).

Aunado a este informe, también se realizó un diagnóstico con el acompañamiento de la Asociación de Mujeres Afrodescendientes Guadalupe Zapata del territorio de Pereira para el año 2020, el cual buscaba identificar las barreras que tienen que enfrentar las mujeres afro para acceder a servicios de aborto en la ciudad de Pereira a través de sus experiencias, arrojando unos resultados semejantes a los mencionados anteriormente y bajo los mismos componentes. Revelando una combinación de discriminación institucional y deficiencias administrativas. Los testimonios evidenciaron prejuicios raciales manifestados tanto por personal asistencial como administrativo, expresados en cuestionamientos inapropiados sobre decisiones reproductivas y estereotipos sobre planificación familiar en comunidades afro. Estas actitudes discriminatorias se ven agravadas por barreras administrativas significativas, incluyendo múltiples filtros innecesarios, sistemas de autorización complejos y tiempos de espera excesivos entre cada etapa de atención. Adicionalmente, las deficiencias en infraestructura, como espacios de espera inadecuados e insuficiente mobiliario, comprometiendo la dignidad en la atención (29).

En otro análisis realizado por Profamilia en el 2020 a las ciudades de Bucaramanga, Popayán y Tunja con el fin de identificar necesidades y oportunidades en aborto seguro, contando también con la participación de la población, se identificó que las usuarias enfrentan diversos obstáculos administrativos que dificultan su acceso a una

atención oportuna y digna, obstáculos que son similares a los mencionados en los párrafos anteriores en el territorio de Tolima y Pereira. Entre los desafíos más significativos se encontró la falta de seguimiento efectivo por parte de las EPS a sus prestadores, procesos administrativos complejos que retrasan la atención, y una preocupante escasez de información clara y accesible sobre los servicios disponibles. Y la limitada disponibilidad de centros especializados en algunas regiones, incrementando las inequidades en el acceso a servicios seguros y oportunos (1).

8 Discusión

Las fallas administrativas que hoy persisten no son solo números o procesos, también representan historias reales de mujeres que necesitan atención y apoyo en momentos cruciales de sus vidas. La transformación del sistema de salud requiere un compromiso decidido con la mejora de los procesos administrativos, pero sin perder de vista que detrás de cada trámite hay una persona que necesita ser atendida con respeto y dignidad. Es fundamental fortalecer las redes de servicios, capacitar continuamente al personal y establecer mecanismos de supervisión, vigilancia y control efectivos que garanticen una atención oportuna y de calidad. Contribuyendo a un sistema que verdaderamente responda a las necesidades de los usuarios y garantice su derecho a una atención integral.

Es necesario que las entidades institucionales y gubernamentales generen un mayor compromiso para que los organismos de salud y control garanticen el cumplimiento de las leyes y manejen de forma adecuada los recursos destinados para mejorar el acceso y la calidad a los servicios de IVE. Respecto a este punto es importante resaltar la más reciente situación divulgada en noviembre del presente año en un municipio del departamento de Antioquia, se trata de Argelia en donde el Hospital principal a pesar de la Sentencia C-055 de 2022, no ha realizado ningún procedimiento de aborto, lo que ha generado preocupación entre activistas y organizaciones defensoras de derechos, dejando ver las persistentes barreras administrativas que enfrentan las mujeres al intentar acceder a servicios de aborto; Estas barreras no solo reflejan una falta de implementación efectiva de la ley, sino también una resistencia cultural y administrativa que impide el acceso equitativo a servicios de salud reproductiva. La respuesta de la Alcaldía, que defiende sus campañas como promotoras de decisiones informadas, subraya la necesidad de un enfoque más coordinado y comprometido para garantizar que los derechos reproductivos se respeten y se traduzcan en acceso real. Este caso resalta la premura de desarrollar rutas integrales de atención y eliminar prácticas indebidas que obstaculizan el ejercicio de derechos fundamentales, evidenciando las fallas en la administración de servicios de salud en Colombia.

En la mayoría de los territorios se denota un ineficiente uso de los recursos, con oportunidades de mejora en el fortalecimiento del uso de métodos recomendados por la OMS como la AMEU (Aspiración Manual Endouterina) y la erradicación del legrado que utiliza mayores recursos, la reasignación de tareas que vincule otros profesionales de la salud, para que la atención no se concentre solo en especialistas y/o IPS de mayores niveles de complejidad; el mejoramiento de los procesos de demanda inducida para la detección temprana y protección específica; y el aumento de la información para la población sobre el derecho a decidir sobre la interrupción del embarazo.

La evaluación del ecosistema de aborto, realizada en colaboración con organizaciones como IPAS y Profamilia, destaca la importancia de un enfoque integral que considere no solo el marco legal, sino también los factores económicos, culturales y sociales que afectan el acceso al aborto. Los hallazgos indicaron que la sostenibilidad del aborto en Colombia es limitada, con un promedio de 2.5 en una escala donde 4.0 representa sostenibilidad total. Esto refleja un apoyo emergente pero mal coordinado, con áreas de gran resistencia, especialmente en el componente de normas sociales y apoyo comunitario, que obtuvo el puntaje más bajo, siendo éstas cruciales para el libre desarrollo de las actividades enfocadas en la prestación de servicios de aborto con calidad y oportunidad.

Al abordar las fallas administrativas, con su identificación y análisis se puede avanzar hacia un sistema de salud más equitativo y accesible, que respete y garantice los derechos reproductivos de todas las personas en Colombia. Este trabajo no solo contribuye al conocimiento académico, sino que también ofrece recomendaciones para la implementación efectiva de las políticas públicas que promuevan la justicia reproductiva y el bienestar social.

9 Conclusiones

El marco normativo en Colombia a pesar de que ha avanzado en la búsqueda de reconocer el aborto como un derecho fundamental de la mujer, y que a su vez permite la toma de decisiones libre sobre aborto seguro, dentro de su implementación y su legislación aún persisten importantes vacíos que dejan sobre el aire las sentencias C-355 de 2006 y la C-055 de 2022 de la corte constitucional. Este marco legal progresista continua con grandes barreras administrativas de control, vigilancia y seguimiento a la aplicación de las regulaciones existentes, acompañado del estigma social del país, lo que limita el acceso real a los servicios IVE.

La vigilancia y evaluación continua del sistema de salud resultan esenciales para garantizar el bienestar de toda la población, a través de mecanismos de monitoreo y control que permitan identificar las deficiencias en la prestación de servicios de salud reproductiva en el país.

Aún persisten múltiples obstáculos administrativos que impiden la prestación del servicio de IVE que satisfaga de manera integral las necesidades de la población y es que la atención se realiza desde el estigma y discriminación por parte del personal asistencial y administrativo, a pesar de tener amplia cobertura legal. La estigmatización y prácticas discriminatorias por parte de los actores del sistema de salud, además de la objeción de conciencia mal aplicada incrementa las barreras para todas aquellas mujeres que desean acceder a servicios de aborto seguro.

A nivel nacional no se cuenta con un sistema de registro y consolidación de datos sociodemográficos recientes que permitan conocer el estado actual de la población, lo que impide la toma de decisiones estratégicas y oportunas. Además de esta información, resulta difícil encontrar información o integración que relacione el aborto inseguro con la morbilidad y mortalidad materna.

La desigualdad geográfica y económica que afronta nuestro país también limita el acceso a los servicios IVE en las poblaciones más vulnerables, especialmente en las áreas rurales y zonas con población migrante, presentando una carencia de adecuada

infraestructura y la escasez de profesionales capacitados en estos territorios, causando desplazamientos que impactan los tiempo de atención y gestación, y costos adicionales para las usuarias y los prestadores, vulnerando a su vez el derecho a la IVE y obligando muchas veces a las mujeres a recurrir a procedimientos inseguros que ponen en riesgo su vida.

La falta de pagos oportunos a IPS y hospitales prestadores del servicio de aborto es un común denominador en muchos territorios, lo que impide la adquisición de insumos, personal entrenado, e infraestructura adecuada.

Existe poca oferta en los territorios para la prestación de servicios de aborto y en la mayoría se señala a Profamilia y a hospitales departamentales de tercer nivel de complejidad como principales prestadores, sin embargo, la situación se complica por el direccionamiento inadecuado y falta claridad en las rutas de atención; generando fallas de tipo administrativo en algunas instituciones de salud, debido a la falta de conocimiento y en muchos casos desidia administrativa.

Se destaca la gran labor que realizan las organizaciones humanitarias y de la sociedad civil que gestionan los procesos de referenciación para generar atención efectiva y de calidad.

10 Recomendaciones

Teniendo en cuenta que una de las fortalezas del aborto en Colombia se relaciona con la existencia un marco legal favorable y robusto para el ejercicio y garantía del derecho al aborto, se recomienda fortalecer liderazgos políticos, que impulsen la implementación real y tangible de la normatividad en cada uno de los territorios, así como fortalecer la capacidad de los organismos gubernamentales en la inspección, vigilancia y control, relacionada con la garantía y acceso a servicios de aborto.

Se requieren intervenciones que incluyan capacitación en atención con enfoque diferencial, optimización de rutas de atención, mejora en infraestructura y desarrollo de protocolos específicos para la atención a población, asegurando un servicio digno, respetuoso y culturalmente apropiado.

Es necesario el fortalecimiento de las redes de referencia y contrarreferencia por parte de las instituciones involucradas, garantizando que estas sean efectivas, oportunas, eficaces y ampliamente divulgadas dentro del personal para evitar barreras de tipo administrativo.

La notable falta de conocimiento sobre aborto en Colombia, genera una tendencia general hacia la desinformación, situación que usualmente íntimamente con la estigmatización de la práctica. Por lo que se hace necesario crear estrategias que impacten de manera efectiva en el conocimiento de la población respecto a la legislación actual, así como en las obligaciones y responsabilidades de los actores involucrados en el ecosistema de aborto, de modo que esto permita la toma de decisiones libres y basadas en derechos.

Mejorar y fortalecer la comunicación y la educación sobre los derechos sexuales y reproductivos a la población colombiana es un derecho que todos debemos tener, es importante señalar que la formación inicial del personal de salud es responsabilidad del sector educación, por lo que valdría la pena priorizar estas acciones en las universidades y en cierta medida se lograría combatir la estigmatización y la desinformación que afecta negativamente a las mujeres, y no permite que estas accedan a los servicios IVE.

11 Bibliografía

1. Royo M. Aborto seguro: Necesidades y oportunidades. Un análisis en tres ciudades de Colombia: Bucaramanga, Popayán y Tunja. [Internet]; 2020. [Consultado 7 Sep 2024]. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/10/Libro-AbortoSeguro-necesidades-y-oportunidades-Profamilia-Oct-02-2020.pdf>.
2. Corte Constitucional. Relatorias. [Internet]; 2012. [Consultado 20 Nov 2024] Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-355-06.htm>.
3. Palencia N. Aborto, el cuerpo de la mujer como territorio ajeno. una mirada al contexto en colombia. [Trabajo de grado Especialista en Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario] Carepa: Universidad de Antioquia. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas; 2019.
4. Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Resolución 051 de 2023. [Internet]; 2023. [Consultado 3 Nov 2024]. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/resolucion-051-de-2023/>.
5. Ministerio de salud. Despenalización del aborto. [Internet]; 2024. [Consultado 10 Nov 2024] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Despenalizacion-del-aborto.aspx>.
6. Guttmacher. Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial. [Internet]; 2023. [Consultado 10 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>.
7. Organización Mundial de la Salud. El acceso al aborto seguro es fundamental para la salud de las mujeres y las niñas. [Internet]; 2022. [Consultado 12 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls>.
8. Ipas. ¿Por qué el aborto es un asunto de salud pública? [Internet]; 2021. [Consultado 15 Nov 2024]. Disponible en: <https://ipasmexico.org/2021/04/14/por-que-el-aborto-es-un-asunto-de-salud-publica/>.

9. Sanchez G. La agenda internacional y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Retos y perspectivas de camino al 2030. [Internet]; 2023. [Consultado 10 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.aragon.unam.mx/fes-pub/documents/libros/183.pdf>.
- 10 Ministerio de Igualdad y Equidad. Trigésimo Aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y la aprobación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995). [Internet]; 2024. [Consultado 11 Nov 2024]. Disponible en: https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-09/b30_report_colombia_es.pdf.
- 11 Ministerio de salud y proteccion social. Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. [Internet]; 2023. [Consultado 15 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>.
- 12 Corte constitucional. Sentencia SU508/20. Nuevo modelo de atención del Plan de Beneficios en Salud de exclusiones expresas e inclusiones implícitas vigente a partir de la Ley 1751 de 2015. [Internet]; 2022. Acceso 13 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/SU508-20.htm>.
- 13 Ibarguen, Y. La mitad de los embarazos en Colombia no son planeados. [Internet]. Caracol Radio. 2023. [Consultado 14 Nov 2024]. Disponible en: https://caracol.com.co/radio/2022/03/31/salud/1648748713_090705.html.
- 14 Ambito Juridico. Barreras administrativas para acceder al aborto legal pueden constituir violencia de género. [Internet]; 2021. [Consultado 15 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.ambitojuridico.com/noticias/general/constitucional-y-derechos-humanos/barreras-administrativas-para-acceder-al-aborto>.
- 15 Observatorio de Igualdad de Género. Sentencia C-055-22: despenalización del aborto hasta la semana 24 de gestación. [Internet]. 2022. Acceso 15 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/leyes/leyes-sobre-aborto>.
- 16 Constitución Política de Colombia. (4 de julio 1991). [Internet]. [Consultado el 16 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

- 17 Sentencia C-055 de 2022 Corte Constitucional de Colombia. (21 feb. 2022). [Internet].
. [Consultado el 16 de noviembre del 2024]. Disponible
en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=124944>
- 18 Decreto 4444 de 2006. Por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de
. salud sexual y reproductiva. (13 de diciembre 2006). [Internet]. [Consultado el 16 de
noviembre del 2024]. Disponible
en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22421>
- 19 Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se
. dictan otras disposiciones. (23 de dic. 1993). [Internet]. [Consultado el 19 de
noviembre de 2024]. Disponible
en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
- 20 SuperSalud. Circulares Externas. [Internet]; 2023. Acceso 15 de noviembre de 2024.
. Disponible en:
https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/C_2013_Norma_0003.pdf.
- 21 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Resolución 5592 de 2015. [Internet];
. 2021. Acceso 16 de noviembre de 2024. Disponible en:
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/compilacion/docs/resolucion_minsaludps_5592_2015.htm.
- 22 Consultor Salud. Gobierno reglamentó acceso a la Interrupción Voluntaria del
. Embarazo hasta la semana 24. [Internet]; 2023. [Consultado 19 Nov 2024].
Disponible en: <https://consultorsalud.com/gobierno-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>.
- 23 Ministerio de Salud. Resolucion 3202 de 2016. [Internet]; 2021. Acceso 15 de
. noviembre de 2024. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203202%20de%202016.pdf.

-
- 24 Ministerio de salud. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Internet]; 2023. . Acceso 15 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>.
- 25 Clinica Universidad Navarra. Diccionario médico. Terminología. [Internet]; 2021. . [Consultado 12 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico>.
- 26 Human Right Watch. El acceso al aborto es un derecho humano. [Internet]; 2019. . [Consultado 11 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2022/06/28/elacceso-al-aborto-es-un-derecho-humano>.
- 27 Ministerio de Salud. Derechos sexuales y derechos reproductivos. [Internet]; 2022. . [Consultado 16 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/derechos-sexuales-y-reproductivos-.aspx>.
- 28 La Mesa por la Vida y Salud de las Mujeres. Diagnóstico Participativo sobre las . barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el departamento del Tolima. [En línea]; 2023. [Consultado 15 Nov 2024]. Disponible en: https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2023/06/Tolima_digital.pdf
- 29 La Mesa por la vida y la Salud de las Mujeres, Asociación Nacional de Mujeres . Afrodescendientes Guadalupe Zapata. Diagnóstico sobre la garantía del acceso a la IVE en mujeres afrodescendientes en Pereira. [En línea]; 2023. [Consultado 17 Nov 2024]. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2023/05/Diagnostico-garantia-accesos-IVE-Pereira.pdf>